

Formulário de Esclarecimento sobre a Responsabilidade do Funcionário no Seguro de Saúde para 2011

Você está preenchendo este formulário porque se recusou a participar do plano de seguro de saúde patrocinado por seu empregador e/ou se recusou a participar do contrato de compra do empregador antes da tributação conforme "Section 125 Cafeteria Plan" (Plano da seção 125 - 'Cafeteria'). O Plano da Seção 125 ('Section 125 Plan') não corresponde a um seguro de saúde; trata-se de um modo de adquirir seguro de saúde com base de cálculo anterior à tributação. Para informações sobre opções acessíveis para o seguro de saúde, consulte o site 'Commonwealth Connector' no endereço:

www.mahealthconnector.org

Seção do empregador

Empregadores: Por favor, preencha esta seção. Veja as instruções a seguir.

Nome do empregador:

FEIN:

Nome de fantasia do empregador (D/B/A):

Endereço do empregador:

Cidade | Estado | Código Postal (ZIP):

1. A empresa ofereceu plano de saúde patrocinado pelo empregador a este funcionário? Sim Não
2. A empresa ofereceu um Plano da Seção 125 ("Section 125 Cafeteria Plan") para este funcionário?
Sim Não
3. Qual o valor em dólares da parcela do funcionário relativa ao custo mensal do prêmio do plano de saúde individual mais barato que o empregador ofereceu ao funcionário? \$

Seção do funcionário

Funcionários: Por favor, preencha esta seção. Veja as instruções a seguir.

Nome do funcionário

Inicial do meio

Último sobrenome do funcionário

Sufixo

1. Você concordou em usar o Plano da Seção 125 ("Section 125 Cafeteria Plan") do seu empregador?

Sim Não Nada foi oferecido

2. Você aceitou o seguro de saúde patrocinado pelo seu empregador?

Sim Não Nada foi oferecido

3. Você tem algum outro seguro de saúde?

Sim Não

Atestado do funcionário

Por este instrumento, atesto, sujeito às penalidades por falso testemunho, que todas as informações aqui fornecidas são verdadeiras até onde seja do meu conhecimento. Estou ciente também de que se não tiver seguro de saúde poderei ser responsável por todos os custos de qualquer tratamento de saúde, poderei perder toda ou uma parcela da minha isenção tributária pessoal do Estado de Massachusetts e ficarei sujeito a outras penalidades conforme a legislação M.G.L c. 111M, que o Formulário de Esclarecimento sobre a Responsabilidade do Funcionário no Seguro de Saúde (HIRD em inglês) contém informações que preciso comunicar através da minha declaração de impostos ao Estado de Massachusetts e que sou obrigado a manter uma cópia do formulário HIRD assinado.

Assinatura do funcionário

Data (MM/DD/AA)

O empregador é obrigado a manter este documento durante três (3) anos e colocá-lo à disposição mediante solicitação junto à Divisão de Política e Finanças para Tratamento de Saúde e à Divisão da Receita, conforme disposto no regulamento estadual 114.5 CMR 18.00.

Instruções

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR

Nome do empregador

O empregador deve preencher com o nome oficial da empresa.

FEIN

O empregador deve preencher com o número de identificação federal do empregador (Federal Employer Identification Number – FEIN).

Nome de fantasia (D/B/A)

O empregador deve preencher com o nome comercial ou de fantasia da empresa (“Doing Business As” – D/B/A), se pertinente.

Endereço do empregador

O empregador deve preencher com o endereço da empresa, inclusive a cidade, estado e código postal (ZIP).

Perguntas #1

O empregador deve indicar Sim ou Não.

Perguntas #2

O empregador deve indicar Sim ou Não.

Perguntas #3

O empregador deve comunicar o valor em dólares da parcela do funcionário relativa ao custo mensal do prêmio do plano de saúde individual mais barato que o empregador ofereceu ao funcionário.

INFORMAÇÕES DO FUNCIONÁRIO

Nome do funcionário

O funcionário ou o empregador devem preencher com o nome do funcionário.

Último sobrenome do funcionário

O funcionário ou o empregador devem preencher com o último sobrenome do funcionário.

Perguntas #1

O funcionário deve indicar Sim, Não ou Nada foi oferecido, caso não tenha sido oferecido nenhum seguro de saúde.

Perguntas #2

O funcionário deve indicar Sim, Não ou Nada foi oferecido, caso não tenha sido oferecido nenhum Plano da Seção 125 ("Section 125 Cafeteria Plan").

Perguntas #3

O funcionário deve indicar Sim ou Não.

Assinatura do funcionário

O funcionário deve assinar e datar o Formulário de Esclarecimento sobre a Responsabilidade do Funcionário no Seguro de Saúde (HIRD).

Observação para o empregador sobre a assinatura do funcionário

Se o funcionário se recusar a assinar e datar o formulário, esta recusa deve ser registrada por escrito e assinada pelo representante autorizado da empresa (ou seja, o proprietário, supervisor ou gerente, diretor geral, etc.).

VERSÕES ALTERNATIVAS DESTE FORMULÁRIO

Os empregadores podem criar suas próprias versões do Formulário de Esclarecimento sobre a Responsabilidade do Funcionário no Seguro de Saúde (HIRD). Entretanto, todas as informações devem estar incluídas com a mesma redação e na mesma ordem, com a seqüência e numeração das perguntas exatamente iguais às que aparecem na versão fornecida pelo Estado de Massachusetts.

DHCFP-EHIRD11